Numéro : 10 CENTIMES — N° 100 — 5 Décembre 1896 — 7 FRANCS par An

LA

RESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ADMINISTRATION —
ARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
épartements. . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
ments partent du commencement de chaque mois.
UE RACINE, Paris

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

GIE FACIALE ET DÉVIATION CONJUGUÉE DE LA FACE ET DES YEUX, D'ORIGINE AIRE, par M. G. ÉTIENNE 657

ANALYSES

et physiologie : Sur la division principale moteur commun en noyaux secondaires et aphie, par M. SCHWABE. 658

: Les moyens adjuvants récemment indiqués gnostic de la fièvre typhoïde (description des ns apportées par l'auteur au procédé d'Ehrlich, ions préliminaires sur le séro-diagnostic de M. CHARLES LYMAN GREENE. 658

Angine de Ludwig blennorrhagique, par M. 658

e et Gynécologie : Sur un cas de grossutérine abdominale primitive ; mort du fœtus. e avec extirpation complète du kyste fœtal, CHINI. 658

es enfants : Pathogénie du marasme infan. W. SOLTAU 658

et Psychiatrie : Le diagnostic et le traiHémorrhagie cérébrale méningée, par G.-W. Y. — Des névrites périphériques dans la tuulmonaire. par M. CARRIÈRE 659

logie : Les troubles oculo-moteurs dans la plaques, par M. C. KUNN. — Sur l'ophtalmie ffection oculaire causée par les poils de che. V. HANKE. 659

gie et syphiligraphie : Un cas de sye, par M. TH. DODERLEIN. 660

, otologie, laryngologie : Intubation dans u croup, par M. LUIGI ZAPPAROLI. 660

ie, Opothérapie : Recherches sur l'action ue de l'ovarine ou rapport avec une nouvelle a chlorose, par CARLO-FEDELI. 660

SOCIÉTÉS SAVANTES

chirurgie : Pathogénie de l'appendicite, MM. WALTHER, JALAGUIER. — Œsophagotoe pour corps étranger, M. BROCA. — Cancer foie. Résection. Mort, M. SEGOND. — Période e de l'évolution des rétrécissements du rec'ERCBERE. — Anse intestinale gangrénée, ND. — Photographie par les rayons de RÖNTÉNU. . . . . CDXXXIV

dicale des Hôpitaux : Hémorrhagie morpture de varices œsophagiennes dans la cirhique. Thrombose de la branche gauche de la M. MÉNÉTRIER. MM. RENDU, ACHARD. — oïde compliquée de pleurésie droite. Réacmative du sérum sanguin, pas de réaction e du sérum de l'épanchement, M. MÉNÉTRIER, — Observation personnelle de diphtérie bésociation microbienne, M. VARIOT. MM. SERBIER, CHANTEMESSE. — A propos du séro- de la fièvre typhoïde, MM. WIDAL et SICARD.

MM. ACHARD, VIDAL, CHANTEMESSE. — Insuffisance aortique par rupture valvulaire chez un bicycliste, M. E. LAUNOIS, M. MOUTARD-MARTIN . . . . . CDXXXV

Société anatomique : Gliome, M. THÉOARI. — Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique, M. LETULLE. — Coronarite oblitérante ; infarctus du myocarde, MM. DE GENNES et GRIFFON. — Acromégalie, M. REGNAULT. — Soudures osseuses dans le mal de Pott. — Mal de Pott, M. PAMARD. — Corps dits amylacés du poumon, M. JOSUÉ. — Abcès métastatique du cœur, MM. CROUZON et MAY. — Fracture de l'omoplate, M. MORESTIN. — Anomalies nerveuses, M. MORESTIN. — Lithiase hépatique. Oblitération du cholédoque. Infection secondaire, M. VERMOREL . . . . . CDXXXVI

Société de médecine et de chirurgie pratiques : Éclairage au gaz acétylène, M. DUCOR. — Hématocèle péri-utérine, M. REYNIER. — Actinomycose circonscrite du maxillaire supérieur, M. DUCOR. — Actinomycose, M. WEBER. — Analyse d'un liquide pleurétique, M. NOIRY. MM. GAUTRELET, NOIRY, DEROCHE. — De l'appendicite, M. REYNIER. . . . . CDXXXVII

British medical Association. — 64e Congrès. CDXXXVII

Quatrième Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie . . . . . CDXXXVIII

HOPITAUX

Concours de l'Internat.

ANATOMIE.

2 Décembre. — MM. Thorp, 5. — Neveu, 8. — Deschamps, 8. — Compoint, 9. — Leclerc, 9. — Leroy, 9. — Toupart, 10. — Clermont, 12. — Bacaloglu, 12. — Delestre, 12. — Bufnoir, 12. — Brécy, 12.

4 Décembre. — MM. Balthazard, 10. — Pelisse, 11. — Devé, 11. — Pagniez, 12. — Paris, 8. — Zamfiresco, 10. — Mousseaux, 11. — Bernard (Henri), 12. — Verdin, 5. — Wohl, 4. — Bertrand, 9. — Chauveau, 10. — De Font-Réaulx, 12.

Prochaine séance, lundi 7 Décembre, à 4 h. 30.

APENTA

L'eau d'*Apenta*, expérimentée dans tous les hôpitaux de l'Europe, est aujourd'hui considérée comme l'eau purgative la meilleure et la plus stable. Voici quelques citations qui le prouvent :

Nulle autre eau laxative n'est plus forte et plus favorablement constituée. (Prof. LIÉBERMANN.)

Constitue un excellent laxatif pour l'usage ordinaire. (*Gazette des Hôpitaux.*)

La constance de sa composition la rend précieuse pour un traitement systématique. (Prof. OSCAR LIÉBREICH.)

Particulièrement indiquée chez les obèses et les goutteux. (*Progrès Médical.*)

C'est la meilleure eau qu'on puisse proposer pour le traitement de la constipation habituelle. (*Journal de Médecine de Paris.*)

Son action douce et efficace la rend précieuse dans le traitement des maladies des femmes. (*The Practitioner*, de Londres.)

La présence de la lithine dans l'eau d'*Apenta* explique son action préventive et curative contre la goutte. (Dr ALTHAUS.)

La constance de l'eau d'*Apenta* en rend l'usage indiqué, non seulement comme purgatif, mais pour les traitements systématiques et prolongés. (*Répertoire de Thérapeutique.*)

Concours de l'Externat.

ANATOMIE.

3 Décembre. — CONFIGURATION INTÉRIEURE DU CŒUR. — MM. Menuisier, 3. — Pernot, 3. — Pissot, 3. — Mendelsohn, 4. — Dreyfus, 6. — Podevin, 6. — Pierrhugues, 7. — Potiez, 7. — Picard, 8. — Pigot, 10. — Saurin, 11. — Provins, 12. — Ménard, 14. — Mlle Medrednikoff, 15. — Perin (Jean), 16. — Mercadi, 18. — Mesnil, 18 1/2. — Mlle Sérard, 19. — Ribadeau-Dumas, 20.

Prochaine séance, samedi 5 Décembre, à 4 h. 30.

PATHOLOGIE.

2 Décembre. — SIGNES DE LA COXALGIE. — MM. Delmas, 5. — Duché, 8. — Debach, 12. — Costes, 12. — Dehour, 13. — Mlle Delporte, 13. — Cuisard, 14. — Doazan, 14. — Delaage, 14. — Mlle Donzeau, 14 1/2. — Curie, 15. — Devaux, 16. — Cresson, 17. — Mlle Debains, 17. — Cruveilhier, 17 1/2. — Dieu, 17 1/2. — Daniel, 19.

3 Décembre. — SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC. — MM. Danos, 8. — Molinié, 10. — Descomps, 10. — Pissot, 10. — Daubant, 12. — Demarque, 12. — Frumusanu, 12. — Dausset, 13. — Durey, 14. — Dreyfus, 14 1/2. — Saurin, 15. — Brisard, 17. — Mlle Iscovesco, 17. — Dobrovitch, 17 1/2. — Dommartin, 18. — Mlle Sérard, 19.

Vétérans.

4 Décembre. — TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE ET DU CROUP. — MM. Degorse, 14. — Caboche, 15. — Jacomet, 18. — Bellin, 14. — Birman, 15. — André, 15 1/2. — Baranger, 14. — Hélié, 13. — Herscher, 16. — Hauser, 16. — Guéniot, 15 1/2. — Bluzat, 15. — Bochary, 11. — Bonnard, 15. — Hourviller, 14. — Chevrey, 16. — Jannot, 17. — Bonnel, 15 1/2. — Bergeron, 14. — Bernard (Armand), 17.

Prochaine séance, lundi 7 Décembre, à 4 h. 30.

NOUVELLES

Société de Chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 9 Décembre* : *Discussion* : Pathogénie de l'appendicite.

Rapports : Sur le traitement de l'anus contre nature d'origine herniaire (M. Barette), par M. Jalaguier.

Communications : Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon, par M. Quénu.

Conférence d'Internat. — MM. Léon Bernard, Bigart, Pétron et Wiart commenceront une conférence d'Internat, le 12 Décembre 1896, à 2 heures, à l'hôpital Laënnec, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

L'Encombrement de la carrière médicale. — Le nouveau monde n'a plus rien à envier à l'ancien. Le nombre des étudiants aux Etats-Unis est passé de 10.000

HY-CÉLESTINS

MELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

DRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

BANA — *Purge et Guérit.*

IOISAN COCA & KOLA
LE MÊME SALICYLÉ
Intestin., Diarrhées, Sueurs nocturnes des Phtisiques.
au Todd et à la Potion cordiale dans tous les cas.

phosphate de chaux Freyssinge.

Phospho-Glyco-Glycérophosphate de fer et Manganèse FER CHEYNET

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

PEPTONE CATILLON, agréable dans grog, lait, bouillon.

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Rétablit les forces
Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et Phies.

BIARRITZ THERMES SALINS — Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure. Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse. Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.

COTON IODE DU Dr MÉHU

AMPOULES BOISSY A L'IODURE D'ÉTHYLE (Asthme)

en 1883, à 17.601 en 1893. Accroissement 66 pour 100. Les écoles suivent la même gradation. On en compte actuellement 152, dont 109 régulières, 19 homéopathiques, 9 éclectiques et 3 physico-médicales.

Les étudiantes, au nombre de 1.419, vont surtout dans les écoles irrégulières. Il y en a 351 dans les écoles homéopathiques et 86 dans les écoles éclectiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

2 Décembre 1896.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Brun. J'ai déjà dit ailleurs ce que je pensais de la théorie pathogénique de l'appendicite proposée par M. Dieulafoy et, si je reviens aujourd'hui sur ce sujet, c'est que, dans le rapport qu'il vous a lu dans la dernière séance, notre collègue Routier a formulé des conclusions qui me paraissent tout à fait contestables. Etablissons tout d'abord le point en discussion. Chez une femme qui, depuis six jours, portait une hernie irréductible, notre collègue Guinard trouva un appendice iléo-cæcal enserré par l anneau herniaire. Au niveau de l'agent de l'étranglement, on voyait, sur l'appendice, deux anneaux marquant la place ou le canal appendiculaire était nettement oblitéré. Au delà du point étranglé, l'appendice était dilaté et présentait le volume et la forme d'une amande.

Dans cette cavité close, se trouvait un liquide couleur chocolat. Comme ces lésions avaient évolué sans s'accompagner, à aucun moment, de phénomènes généraux d'intoxication, M. Guinard avait cru pouvoir en déduire que la rétention des produits appendiculaires n'avait pas fatalement pour conséquence la pullulation microbienne et l'exaltation de virulence des microbes invoquées par M. Dieulafoy pour expliquer l'apparition de l'appendicite et de la péritonite qui, trop souvent, l'accompagne. Bien que Routier ait contesté la valeur de cette conclusion, je m'y associe, au contraire, absolument, et cela d'autant plus, qu'il me parait facile de l'appuyer d'exemples nombreux et indiscutables. Dans un travail paru dans la *Presse médicale* du 6 Août 1896, j'ai figuré plusieurs appendices oblitérés, transformés en cavité close et provenant de malades qui ne présentaient aucun symptôme d'intoxication. Je ne reviendrai pas sur ces faits, mais j'emprunterai à Routier lui-même une observation qui me paraît venir tout à fait à l'encontre de l'opinion qu'il soutient. Chez un malade qui n'avait présenté que des symptômes d'appendicite très atténués, au point que, durant sa maladie, il n'avait été obligé de garder qu'un repos très relatif et sortait toute la journée, Routier trouva un appendice qu'il vous a présenté dans la séance du 20 Mai 1896 et qui pouvait être considéré comme le type de l'appendice transformé en cavité close.

N'est-il pas évident que, pour ceux qui voient dans la seule rétention des produits appendiculaires les causes des accidents infectieux de l'appendicite, il y a, dans le cas qui nous a été rapporté par notre collègue, une opposition surprenante et inexplicable entre le degré avancé des lésions et l'atténuation excessive des phénomènes cliniques.

Il est une autre catégorie de faits qui, mieux encore que les précédents, montrent la valeur qu'il faut attribuer à la théorie pathogénique de l'appendicite formulée par M. Dieulafoy et défendue par Routier, je veux parler des cas où, pour expliquer les cas infectieux les mieux caractérisés, on ne trouve que des lésions purement pariétales de l'appendice, sans oblitération de la lumière du canal appendiculaire. J'en ai rapporté plusieurs exemples dont quelques-uns m'ont été obligeamment communiqués par mes collègues, Walther, Legueu, etc., et je serais très étonné si, au cours de ses nombreuses opérations d'appendicites, Routier ne s'était pas, comme moi, trouvé quelquefois en présence d'appendices qui, pour toutes lésions, ne présentaient qu'un épaississement tomenteux de la muqueuse avec piqueté hémorrhagique disséminé, plus ou moins abondant. Si les faits dont je me suis occupé tout d'abord établissent que l'oblitération de l'appendice n'est pas fatalement accompagnée des phénomènes infectieux qui caractérisent l'appendicite, ces derniers démontrent d'une façon non moins catégorique que l'appendicite infectieuse peut évoluer en dehors de toute oblitération appendiculaire.

L'oblitération de l'appendice, sa transformation en vase clos ne constituent donc qu'une phase anatomo-pathologique de la maladie; elles n'ont pas la valeur pathogénique que M. Dieulafoy a voulu leur attribuer. Les seules *lésions constantes* que l'on observe après des crises d'appendicite, ce sont des lésions d'infection pariétale, dont la fréquence doit être vraisemblablement attribuée à la structure spéciale de l'appendice, à sa richesse en éléments glandulaires et lymphoïdes.

D'après les faits nombreux que j'ai observés, je crois, du reste, que les lésions appendiculaires ne sont, le plus souvent, que la localisation spéciale d'une infection intestinale plus ou moins généralisée. C'est communément, en effet, que j'ai noté chez mes opérés des symptômes d'entérite ou d'entéro-colite antérieures à la crise vraie d'appendicite, et, chez beaucoup aussi, j'ai vu ces mêmes phénomènes cliniques d'infection intestinale persister plus ou moins longtemps après la résection de l'appendice.

A l'appui de l'opinion de M. Dieulafoy, Routier cite, il est vrai, les expériences récentes de M. Gervais de Rouville. Sans vouloir en rien apprécier la valeur des recherches expérimentales en général, je crois que, dans le cas particulier, elles ne jettent absolument aucun jour sur la question. Peut-on réellement établir un parallèle quelconque entre les phénomènes qui caractérisent l'appendicite spontanée et des manœuvres qui consistent à pratiquer un étranglement plus ou moins serré de l'appendice et à introduire dans son intérieur, pour faire l'effet de la boulette fécale, un fragment de tige de laminaire?

M. Walther. Partisan de toutes les idées que vient d'émettre M. Brun, je me contenterai, sans les développer à nouveau, de vous donner quelques chiffres et quelques observations à leur appui. Depuis le 1er Janvier 1896, j'ai étudié minutieusement, au point de vue de leur pathogénie, tous les cas d'appendicite que j'ai eu à traiter. Leur nombre s'élève à vingt-sept, sur lesquels j'en ai opéré dix-sept. Trois fois sur ces 27 cas, j'ai vu survenir l'appendicite au cours d'une infection aiguë : dans un cas, compliqué de péritonite avec tendance à la généralisation, il y avait une entéro-colite; dans un second, le malade avait eu la fièvre typhoïde un mois avant; dans le troisième, les accidents apparurent au début d'une fièvre typhoïde. Dans ces 3 cas, l'appendicite était une complication de l'entéro-colite; deux fois je suis intervenu et l'examen des appendicites a permis de constater l'existence d'une folliculite intense.

Chez d'autres malades, l'appendicite s'est montré un épiphénomène d'une entéro-colite chronique. Parmi ces observations, je détache celle d'un enfant de onze ans, soigné depuis trois ans pour une entéro-colite. Des accidents appendiculaires surviennent et l'appendice est enlevé; l'enfant a néanmoins conservé ses douleurs intestinales. Quant à l'appendice enlevé, sa cavité était libre et pourtant il était perforé.

Trois fois, je suis intervenu, alors qu'il existait des phénomènes de péritonite généralisée : une fois, l'appendice était perforé et entouré de fausses membranes; sa cavité était libre et renfermait un poil de brosse à dent. Chez le second malade, la cavité était également libre, mais il existait un rétrécissement à sa partie supérieure; chez le troisième enfin, on constatait encore que la cavité était libre.

Au point de vue exclusif de la pathogénie, les deux cas suivants sont intéressants parce qu'ils établissent nettement la possibilité d'une appendicite sans cavité close. Le premier a trait à un malade que j'opérai soixante heures après le début des accidents; il a été pratiqué sur l'appendice, par M. Siredey, 90 coupes portant sur toute la longueur de l'organe. En aucun point on ne put constater d'oblitération. Dans les parois, on constata l'existence d'une folliculite intense, d'un abcès miliaire et des hémorrhagies capillaires. Mais il existait un rétrécissement à ce niveau, on ne trouvait plus de folliculite, mais de petits kystes, indice d'une inflammation ancienne qui fit penser que le malade avait eu une attaque antérieure d'appendicite; en effet, l'interrogatoire apprit qu'il avait eu une poussée un an auparavant.

La deuxième observation concerne une jeune fille de dix-huit ans que j'opérai le troisième jour après le début des accidents; je trouvai un peu de sérosité louche, le péritoine rouge, dépoli, l'appendice tuméfié et rouge. Je réséquai cet appendice. L'examen bactériologique du liquide péritonéal, du liquide appendiculaire et des parois de l'appendice a montré partout l'existence de colibacilles virulents. Cet appendice que je vous montre n'était pourtant nullement oblitéré; il était même remarquablement large.

M. Jalaguier. Je ne puis qu'énoncer à mon tour les idées soutenues par M. Brun. Autrefois, j'ai fait à la théorie du vase clos de Talamon une place que j'ai restreinte peu à peu, si bien qu'aujourd'hui je suis disposé à admettre que l'oblitération de l'appendice n'est pas la cause, mais le résultat de l'appendicite.

Maurin, que l'on oublie volontiers, a parfaitement établi que les coprolithes, que l'on peut rencontrer dans un appendice sont d'origine autochtone. Si un appendice, renfermant un corps étranger ou présentant un rétrécissement, est peut-être plus exposé qu'un autre à devenir le siège d'une poussée inflammatoire aiguë, ce fait n'empêche que nombre d'appendicites surviennent sans rétrécissement ni corps étranger, tandis que, d'autre part on voit des appendices clos ne déterminer aucune poussée infectieuse.

Sans vouloir entrer dans la voie des hypothèses, j'ai une certaine tendance à envisager l'appendicite comme une manifestation locale d'une infection générale, tout au moins dans certains cas. C'est ainsi que j'ai vu survenir plusieurs fois des accidents appendiculaires après des phénomènes généraux rappelant l'allure de la grippe, au sixième jour d'une rougeole dans un cas, au cours d'une varicelle avec troubles intestinaux dans un autre, enfin, au déclin d'oreillons. Peut-être y a-t-il là une exaltation subite des microbes de la cavité appendiculaire.

Pour en revenir aux rétrécissements de l'appendice, j'ajoute qu'ils peuvent jouer un rôle dans les rechutes appendiculaires; ces rechutes reconnaissent d'ailleurs bien des causes multiples, et je pense que, parfois, des troubles vasomoteurs peuvent à eux seuls les provoquer. Il y a six ans, j'ai opéré un garçon de seize ans atteint aussi de coliques appendiculaires t
qu'il n'allait pas régulièrement à la selle
que son cæcum était atteint de congestion p
pendice que j'enlevai était parfaitement lib

Œsophagotomie externe pour corps
M. Broca. M. Lemaître (de Limoges) nous
cas d'œsophagotomie externe qu'il a pratiq
cès chez un tout jeune enfant qui avait a
che de 1 cent. 1/2 de large. Le point le plu
de cette observation est précisément cette
corps étranger qui peut pénétrer dans l'œs
qu'il semblerait que celui-ci ne peut le con
tout jeune enfant qui n'a encore bu que d
phage est en effet d'un calibre très réduit,
il est très extensible. Cette petitesse du ca
duit ferait croire, de prime abord, que l'int
corps étranger est impossible. M. Lemaî
tombé dans cette erreur; je l'ai commise il
années dans les circonstances suivantes :
dix-huit mois m'est apporté par sa mère q
qu'il avait avalé une clef de commode.
suite de la valeur de ce renseignement, j'e
fant de mon mieux et conclus que la clef n
avalée. Mais l'enfant mourut asphyxié les jo
les parents demandèrent l'autopsie et on t
dans l'œsophage. Dans un autre cas, chez
six mois, atteint de rétrécissement de l'œso
une œsophagostomie et ne fut pas peu sur
ver au-dessous du rétrécissement trois caill
surant environ un demi-centimètre de diam
de M. Lemaître vient donc démontrer, une
cette propriété toute particulière qu'a l'œ
tout jeune enfant de pouvoir se dilater
ment et de contenir ainsi des corps étran
pourrait *a priori* croire trop volumineux
pénétré.

Cancer pédiculé du foie. Résectio
M. Segond. Il existe, jusqu'à ce jour, enviro
de résection du foie, dont 12 pour cancer.
de résection pour cancer ont trait à des ca
pédiculées; dans tous les cas, on a opéré san
diagnostic. Les résultats immédiats ont été
les 12 cas ont guéri opératoirement; mais
éloignés ont été tous mauvais, la récidiv
lièrement survenue. Quant à la technique
elle a été simple : sauf Bruns et Israel, qui
le ventre après avoir rentré le pédicule, l
s'en sont tenus au pédicule externe.

L'observation que je rapporte ne présente
intéressant : c'est l'erreur de diagnostic
donné lieu. La tumeur a été prise pour un
rin. Il s'agissait d'une femme de trente ans,
du ventre depuis deux ans, se plaignait
maigrissait. Les premiers médecins qui l
trouvèrent une tumeur au-dessus de l'utér
corps avec lui, qu'ils prirent pour un fibr
rotin l'examinant un peu plus tard, trouva,
prolongement très dur dans le flanc droit e
sous le foie, dont le séparait une zone de
porta le diagnostic de fibrome utérin avec p
à droite; je confirmai ce diagnostic.

Le 19 Octobre, je fis la laparotomie médi
toine ouvert, et le tablier épiploïque relevé
violacée, de consistance molle, régulière, et
sa surface par un grand nombre de vaisseau
sang apparaît plongeant dans la cavité p
constate aussitôt qu'elle ne présente avec
des rapports de contiguïté : elle en coiffe le
une cupule et ne lui est unie que par qu
rences lâches qui se déchirent sans peine. M
de la poche, extrêmement friables se romp
qu'on cherche à la sortir du ventre et il s
le péritoine une bouillie sanguinolente,
point d'attache supérieur se déchire à so
partie kystite de la tumeur vient pour ains
tanément dans la main. La masse dure est
amenée hors du ventre, et on constate alor
implantée sur le bord tranchant du foie, a
la vésicule biliaire. Elle y tient par un p
mié, large de trois bons travers de doigt
peu d'épaisseur explique la persistance de
intestinale à ce niveau.

Le pédicule est saisi dans deux pinces f
tumeur enlevée. Pour fixer le moignon hép
la partie supérieure de la plaie abdominale
affleurant la tranche de section, je suis obli
ler au préalable le réservoir biliaire de sa
pédicule est alors fixé à la paroi, les pinc
tiques sont laissées à demeure et le ventre
à l'angle supérieur de la plaie. J'ajoute que l
vésicule était absolument normale et que la f
du foie n'a révélé sous le doigt la présen
nodosité suspecte. Les organes pelviens étai

L'affaiblissement de la malade, très marqué
de l'opération, n'a fait que progresser et elle
troisième jour, sans avoir présenté aucun si
d'infection. L'autopsie n'a pas été faite.

La tumeur est constituée par deux parties
différentes, réunies l'une à l'autre par une port
intermédiaire. Celle qui remplissait la cavit
et coiffait le fond de l'utérus est constituée p
fibreuse très vasculaire et peu résistante. El
sée par une épaisse couche de végétations ex

dont une grande partie s'est vidée quand la poche pue. Les masses bourgeonnantes, dégénérées, s, présentent par place une coloration jaunâtre. tie supérieure, dure, bosselée, a sur la coupe la ace du squirrhe : elle est capsulée et nettement du parenchyme hépatique qui apparaît sain au e la section du pédicule. Elle présente une dis- lobulée très nette, qui rappelle un peu l'aspect upe du cervelet.

ien histologique a démontré qu'il s'agit d'une pithéliomateuse.

it, en somme, d'un cancer primitif du foie qui iculisé et dont une portion a subi la transfor- kystique. Cette disposition exceptionnelle, qui rentrer ni dans la forme massive, ni dans la dulaire, l'évolution de la tumeur vers la cavité et ses connexions secondaires avec l'utérus, des symptômes hépatiques ordinaires du can- ie, enfin, l'existence de métrorrhagies, cons- utant de points particuliers qui rendaient névitable une erreur de diagnostic.

chère fait une communication sur la **période itoire de l'évolution des rétrécissements um:**

rchand présente une **anse intestinale gan-** : l'anse s'était engagée dans un sac déshabité s années. Il montre, en outre, un **appendice** t une boulette fécale, qui avait déterminé des nes péritonéaux.

inu montre une **main photographiée par ons de Rœntgen,** et dans laquelle on voit illes fichées dans les tissus. L'intervention a quée et a permis leur extraction.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

4 Décembre 1896.

rrhagie mortelle par rupture de varices giennes dans la cirrhose atrophique. ose de la branche gauche de la veine-

- M. Ménétrier. L'observation du malade dont s entretenir est une observation classique de alcoolique, il ne manque au tableau clinique mptôme ascitique. L'évolution de cette cirrhose quement interrompue par des hématémèses es, s'accompagnant de mélæna, et amenant la uelques heures.

psie, nous trouvâmes la cause de ces hématé- ns deux petites perforations veineuses, siégeant ité inférieure de l'œsophage : ces orifices ont à uellement 1 millimètre de diamètre ; il faut her pour les trouver, mais il est facile de com- eur importance lorsqu'on se représente la tur- des veines du cardia. Cette turgescence était nte d'une circulation collatérale nécessitée par nbose d'une des branches de la veine-porte.

du. De l'observation si intéressante de M. Mé- je veux surtout retenir un point : l'absence Ce n'est pas le premier cas que j'observe de trophique du foie évoluant sans ascite ; ces firment l'opinion que j'énonçais dans le Dic- encyclopédique, à savoir, que l'ascite n'est pas e lésion de la veine-porte, mais bien de péri- onique concomitante.

de M. Ménétrier est d'autant plus démonstratif ait en même temps thrombose d'une branche ue-porte. Il faut donc, dès maintenant, dissocier me ascite de la cirrhose atrophique.

ard. J'ai moi-même observé, il y a quelque n cas qui confirme l'opinon de M. Rendu, le uelques mots : cancer de l'estomac, thrombose bsence d'ascite.

typhoïde compliquée de pleurésie droite. n agglutinative du sérum sanguin, pas ion agglutinative du sérum de l'épanche-

M. Ménétrier. Il s'agit dans ce cas d'un ma- t eu une fièvre typhoïde normale ; le séro-dia- ut tenté plusieurs fois, il fut positif à partir du jour. Au moment où la convalescence s'annonça, résie droite débuta, au trente-cinquième jour de typhoïde ; une ponction fut pratiquée ; la gué- rapide.

ide pleurétique était séro-fibrineux ; inoculé à re, il ne fut pas nocif, il n'était donc pas bacil- is, voici le fait sur lequel j'attire l'attention : n de Widal fut négative, le sérum pleurétique naît pas les bacilles typhiques ; je regrette tou- n'avoir pas fait concurremment l'épreuve du nguin ; tout ce que je puis dire, c'est que ce nguin agglutinait les bacilles dix jours avant on de la pleurésie, et qu'il n'agglutinait plus sortie du malade. Je ne sais comment expli- e absence de réaction agglutinative de la séro- rale ; peut-être faut-il trouver une explication ait que ce liquide contenait des bacilles d'Eberth vitalité, ainsi que le démontrèrent les cultures.

ard. J'ai fais moi-même des recherches sur cette glutinante de la sérosité pleurale des typhiques, sur le vivant, deux fois sur le cadavre ; dans ces , j'ai obtenu des résultats positifs. Je dois ajou- ndant, qu'une fois, j'ai expérimenté avec de la sérosité péricardique recueillie sur un cadavre, et que, dans ce cas, le résultat fut négatif.

Observation personnelle de diphtérie très bénigne avec associations microbiennes (Lœffler courts et moyens, streptocoques, constatés dans des cultures sur sérum.— M. Variot. Je désire aujourd'hui vous relater mon observation clinique personnelle ; elle me paraît digne d'être soumise à vos réflexions.

Le samedi 8 Novembre 1896, après quelques malaises, je fus pris, vers 7 heures du soir, de plusieurs frissons violents ; vers 3 heures du matin, je commençai à ressentir une douleur du côté de l'amygdale droite ; le jour suivant, déglutition très pénible, gonflement des ganglions sous-maxillaires. Je gardais simplement le coin du feu toute la journée. Le lendemain lundi, je me rendis à l'hôpital ; je fis examiner ma gorge par un des internes du service, qui constata une rougeur vive de toute la muqueuse, un exsudat grisâtre, très circonscrit. L'ensemencement de cet exsudat fut fait par M. Tollemer et donna des cultures de streptocoques, de bacilles courts et de bacilles moyens. Depuis lundi, la guérison s'affirma, et aujourd'hui, je me sens dans un état tout à fait normal.

Je me crois donc atteint d'une angine couenneuse, bénigne, *diphtérique*, puisque les cultures ont donné du Lœffler ; *associée*, puisque ces mêmes cultures ont donné du streptocoque.

Permettez-moi donc de vous communiquer les quelques réflexions qui m'ont été suggérées par mon propre cas, en le rapprochant des cas extrêmement nombreux que j'ai observés sur les enfants du pavillon Bretonneau.

1° La constatation des associations microbiennes dans la diphtérie, dans les cultures faites sur sérum, n'a aucune signification au point de vue clinique.

2° Tant qu'on n'aura pas trouvé un procédé rapide et sûr de découvrir la virulence du streptocoque et du staphylocoque, qui sont des microbes banaux de la bouche, il sera prématuré de vouloir tirer des conclusions de l'examen des cultures sur sérum, pour affirmer qu'on est en présence d'une association microbienne.

3° Le diagnostic d'angine diphtérique avec association ne devrait être porté qu'après que la virulence du streptocoque ou du staphylocoque aurait été reconnue par des inoculations aux animaux, c'est-à-dire après l'isolement des colonies qui ont poussé sur sérum, après leur culture dans des milieux spéciaux, qui permettraient l'essai de leur virulence sur les animaux. En résumé, le diagnostic des angines polymicrobiennes n'est pas du ressort de la clinique pratique, puisqu'il exige des manœuvres longues et compliquées.

Dans mes très nombreuses observations, je n'ai jamais vu de caractères cliniques distinctifs tranchés qui correspondent aux associations microbiennes vues dans les cultures sur sérum. Il ne suffit donc pas, pour justifier les dénominations telles que celles de strepto-diphtérie, de staphylo-diphtérie, de faire de simples constatations bactériologiques, si on ne les contrôle pas par l'appréciation de la virulence des microbes que l'on rencontre sur les préparations microscopiques.

M. Sevestre. Les conclusions de M. Variot semblent peut-être un peu prématurées. Nombreux sont les exemples de diphtérie que la clinique affirme malignes, et que la bactériologie démontre être des strepto-diphtéries. Cependant, qui dit diphtérie associée ne dit pas forcément diphtérie grave ; c'est ainsi que j'ai décrit dernièrement une forme de strepto-diphtérie localisée bénigne. Malgré ce fait, je crois toujours que les associations microbiennes impriment un sombre pronostic.

M. Barbier. Je suis de l'avis de M. Variot sur l'insuffisance de nos examens bactériologiques. Il faut avant tout être fixé sur la *virulence* des microbes incriminés. C'est cette étude de la virulence qui tranchera cette question si discutée de la nature diphtérique des bacilles courts et moyens.

M. Variot. J'ai dit et je répète que nos moyens d'investigation sont insuffisants ; d'après nos recherches bactériologiques, j'ai eu une diphtérie, et, qui plus est une diphtérie associée ; cependant, cliniquement, je ne puis croire à la réalité de ce diagnostic : j'ai eu, ce que j'appelle souvent, une diphtérie bactériologique, c'est-à-dire une diphtérie sans symptômes cliniques.

M. Chantemesse. M. Variot est-il fondé à affirmer l'insuffisance de nos examens bactériologiques ? Je ne le crois pas. Son observation démontrerait peut-être le contraire. M. Variot n'a souffert que d'une angine légère ; que trouve-t-il dans sa gorge ? des bacilles courts et moyens, mais aucun bacille long. D'autre part, la présence du streptocoque doit-elle nous surprendre ? Evidemment non, puisque MM. Widal et Bezançon nous ont dernièrement démontré que les streptocoques sont les hôtes habituels de la cavité buccale.

M. Variot. Si j'ai attiré l'attention sur cette légère angine, c'est que mon cas n'est pas unique : sur 3.000 diphtéries soignées dans mon service, 100 sont comparables au mien, et, sur ces 100, plusieurs étaient à véritables bacilles diphtériques, longs et enchevêtrés.

A propos du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.— MM. Widal et Sicard. Dans la dernière séance, MM. Achard et Bensaude ont attiré l'attention sur les infections causées par des microbes voisins, mais différents du bacille typhique. Un fait, dans cette question, pourrait intéresser actuellement la pratique, celui de savoir si, au cours de ces infections, le sérum des malades présente, en certaine proportion, un pouvoir agglutinatif vis-à-vis le bacille d'Eberth. Si ce pouvoir agglutinatif existe, nous devons préciser dans quelles conditions il s'exerce, et chercher s'il peut être différencié du pouvoir agglutinatif qu'a, sur ce même bacille, le sérum d'un typhoïdique.

La question s'est posée du jour où MM. Gilbert et Fournier ont montré que le sérum d'un typhique pouvait agglutiner une culture de bacille de la psittacose, mais d'une façon différente qu'il n'agglutine le bacille d'Eberth. On sait déjà qu'en se conformant aux règles techniques que nous avons données, on peut, par la réaction agglutinante, différencier le bacille typhique aussi facilement du bacille de la psittacose que du colibacille.

Cherchons donc d'abord dans quelles circonstances exceptionnelles le clinicien peut avoir à compter avec des maladies dont le microbe est un bacille ne faisant pas fermenter la lactose, et tenant le milieu entre le bacille typhique et le coli.

La psittacose est la maladie qui doit le plus, à ce point de vue, attirer l'attention. C'est une affection encore à l'étude, paraissant surtout se développer chez les personnes en contact avec des perruches malades. Cliniquement, elle se présente sous la forme d'une infection générale à localisation pulmonaire, et, parfois, état typhoïde ; elle en impose, le plus souvent, pour une pneumonie infectieuse, et sévit fréquemment sous forme de petite épidémie familiale.

Dans les plumes, la moelle des os, chez les perruches atteintes, M. Nocard a découvert un bacille mobile, ne prenant pas le Gram, ne faisant pas fermenter la lactose, présentant pour ces raisons des traits de similitude avec le bacille typhique, mais s'en différenciant absolument par des caractères nombreux, étudiés par M. Nocard et par MM. Gilbert et Fournier. Sur cultures typhiques grattées, MM. Achard et Bensaude ont vu que le bacille de la psittacose ensemencé se développait comme un colibacille. Ce microbe n'a encore été retrouvé chez l'homme qu'une seule fois par MM. Gilbert et Fournier à l'autopsie d'un malade de M. Mathieu. Nous avons montré, comme MM. Gilbert et, Fournier, qu'un sérum typhique agglutinait différemment le bacille d'Éberth et le bacille de la psittacose, et en se conformant aux règles techniques que nous avons données, on peut, par la réaction agglutinante, différencier avec la plus grande facilité ces deux bacilles.

Voilà donc une maladie bien à part, présentant une étiologie particulière, l'évolution clinique d'une pneumonie infectieuse, et qui est produite (une seule autopsie nous l'a appris) par un microbe spécial, tenant le milieu entre le coli et le bacille typhique. Conservons-lui donc le nom de psittacose, ou maladie des perruches infectieuses, nom sur lequel tout le monde s'entend, et qui ne préjuge que de son étiologie. Gardons-nous d'une dénomination comme celle de paratyphoïde pouvant prêter à la confusion avec une maladie dont cette affection doit être radicalement séparée.

Les deux cas ne relevant pas de la psittacose, dans lesquels MM. Achard et Bensaude ont rencontré des bacilles mobiles ne faisant pas fermenter la lactose, mais se distinguant du bacille typhique, peuvent se résumer de la façon suivante.

Le premier concerne une femme qui, au cours d'une infection mal caractérisée, fut atteinte de pyélonéphrite avec hémorrhagies intestinales et phénomènes typhoïdes ; la ponction de la rate fournit des staphylocoques et pas de bacilles d'Eberth ; l'épreuve du sérodiagnostic ne permit pas, non plus, comme nous allons le voir, de conclure à la dothiénentérie, et, de l'urine, M. Achard retire un bacille se distinguant du coli parce qu'il ne faisait pas fermenter la lactose ; d'autres caractères le distinguaient du bacille d'Eberth. Des sérums de typhiques agglutinaient ce bacille, mais nous ne savons ni à quelle dose, ni par quel procédé. Nous nous trouvons ici en présence d'un cas d'infection urinaire produit par un bacille intermédiaire au coli et au typhique, et qui prendrait très bien place parmi les différents types de colibacilles décrits par M. Achard[1] lui-même dans l'infection urinaire.

Le second cas est celui d'une fillette de quelques mois, présentant de la toux, des râles et des phénomènes généraux typhoïdes. M. le Dr Martinet, qui donna ses soins à l'enfant, pensa d'abord à une broncho-pneumonie et ensuite à la possibilité d'une fièvre typhoïde. Pendant la convalescence, M. Walther incisa un foyer purulent à l'articulation sterno-claviculaire et envoya le pus à M. Achard qui isola un bacille mobile ne faisant pas fermenter la lactose, mais pré-entant, avec le bacille typhique, les caractères différentiels qu'il nous a décrits. Si l'on ne peut éliminer complètement dans ce cas, comme le disent MM. Achard et Bensaude, l'hypothèse d'une infection générale par le bacille d'Eberth, le fait de n'avoir pas isolé ce microbe dans une suppuration de convalescence ne constitue certainement pas un argument en sa faveur. Ce bacille, retiré du pus, trouverait très bien sa place parmi les variétés de paracolibacilles isolés de l'intestin par MM. Gilbert et Lion. Hypothèse pour hypothèse, pourquoi ne pas penser, chez cette enfant, à une de ces broncho-pneumonies d'origine intestinale si bien décrite par M. Sevestre ? L'un de nous a rencon-

1. Achard et Renault. — *Société de Biologie*, 17 Décembre 1892, p. 983.

tré, il y a quelques années, dans un kyste suppuré de la rate, un bacille mobile, ne prenant pas le Gram, ne faisant pas fermenter la lactose, mais ne repoussant pas sur une culture grattée de bacilles d'Eberth. Le malade n'avait jamais présenté de symptômes typhoïdes et nous avons pensé dans ce cas à une suppuration par un microbe d'origine intestinale.

En résumé, sur le terrain de la pratique, et c'est là que nous voulons en venir, la question en clinique se trouve, croyons-nous, simplement circonscrite de la façon suivante. Chez les malades atteints de psittacose, ou chez ceux atteints de certaines affections *colibacillaires* d'origine urinaire ou intestinale, le sérum peut-il, dans certains cas, présenter des propriétés agglutinatives vis-à-vis le bacille d'Eberth? Si la réaction agglutinante existe, à quelle dose et par quels procédés la trouve-t-on? Examinons les tentatives faites jusqu'ici pour élucider cette question.

Dans trois cas de psittacose, que MM. Achard et Bensaude croient d'ailleurs devoir réserver, le sérum n'agglutinait pas le bacille de Nocard, isolé par MM. Gilbert et Fournier. Par contre, dans deux cas examinés seulement dans la convalescence, l'un au 43e, l'autre au 51e jour après le début de la maladie, l'agglutination du bacille d'Eberth se produisait, mais avec deux gouttes seulement de sérum pour dix de culture. Dans le troisième cas, l'agglutination apparut très nette avec plusieurs échantillons de bacilles d'Eberth, mais MM. Achard et Bensaude en sont encore à se demander si l'infection n'a pas été produite par le bacille d'Eberth, ou par un autre microbe analogue, mais distinct du bacille jusqu'ici connu comme agent de la psittacose. Ne s'agissait-il pas simplement d'une fièvre typhoïde à forme pulmonaire? Avec MM. Achard et Bensaude, réservons donc ces cas dont l'observation est incomplète.

Le sérum de la fillette qui fait le sujet de la deuxième observation de MM. Achard et Bensaude n'a pu être examiné; le sérum de la femme atteinte de pyélonéphrite l'a été, au contraire, à plusieurs reprises et voici les résultats obtenus.

Pendant le cours de la maladie, le sérum n'a donné d'agglutination qu'avec 4 échantillons de bacilles d'Eberth sur 14, et, six semaines après la convalescence, le sérum agglutinait encore le bacille retiré de l'urine, mais était sans action sur 15 échantillons de bacilles typhiques. Ainsi, il a fallu essayer 14 échantillons de bacilles typhique pour constater l'agglutination avec 4 d'entre eux. Ce fait montre que l'action du sérum de cette malade devait être certainement bien légère et tout à fait à sa limite. Il eût été intéressant de savoir si, dans les cas où des résultats positifs ont été obtenus avec quelques échantillons de bacilles d'Eberth, le sérum de cette malade impressionnait différemment les bacilles déjà formés et les bacilles naissants, et surtout, il eût été intéressant de savoir quelle proportion du mélange il fallait employer pour voir disparaître le phénomène. Il est probable que, dans une dilution un peu plus étendue, la réaction ne se serait plus montrée. Nous avons établi que le pouvoir agglutinatif du sérum d'un typhique pouvait dépasser 1 pour 100, c'est-à-dire qu'une goutte de sérum, mélangé à plus de 100 gouttes de bouillon vierge, que l'on ensemençait ensuite avec une trace de culture typhique, pouvait, dans quelques cas, agglutiner les bacilles naissants développés à l'étuve. En général, le pouvoir agglutinatif du sérum d'un typhique à la période d'état s'exerce dans ces conditions entre 1 pour 60 et 1 pour 80. La proportion de 1 pour 10, qui a été jusqu'ici pour nous la proportion de choix, nous a fourni toujours la réaction dans 46 cas de fièvre typhoïde, et ne nous a donné que des résultats négatifs à l'examen de plus de 200 sérums d'individus non typhiques. Si des observations rigoureuses nous montrent que, pour quelques cas exceptionnels, le mélange à 1 pour 10 est trop concentré, rien ne sera plus simple, en ce cas, de parer à cette petite difficulté par une légère modification de technique, en étendant un peu plus la dilution, car nous avons le champ large entre 1 pour 10 et 1 pour 60.

M. Achard. Je crois qu'il n'existe aucune divergence profonde entre les résultats de M. Widal et ceux que j'ai obtenus avec M. Bensaude. En ce qui concerne la pratique du séro-diagnostic, nous avons dit dans notre précédente communication, et nous confirmons, qu'elle n'est pas atteinte par la notion des infections paratyphoïdiques.

Pour ce qui est de l'action du sérum typhique sur le bacille d'Eberth et les bacilles paratyphiques, nous avons dit que la différence d'agglutination était une question de degré. Les recherches de M. Widal précisent ce degré différent et complètent mes résultats plutôt qu'elles ne les contredisent. La propriété agglutinante, disions-nous, n'est pas rigoureusement spécifique. Il ressort de ce que vient de dire M. Widal que ce qui est spécifique, ce n'est pas l'existence de cette propriété dans le sérum, mais le degré auquel elle existe.

L'appréciation de ce degré permet de faire le diagnostic des microbes par le sérum, mais rend forcément ce procédé un peu moins simple, et c'est pourquoi nous pensons que le diagnostic ne peut que gagner à s'appuyer sur plusieurs caractères et non sur un seul.

Quant à la psittacose, nous avons cru devoir le réserver, parce qu'il y a là des points obscurs encore dans cette histoire. Ce que nous avons vu, c'est que le sérum d'un sujet atteint de psittacose agglutine le bacille d'Éberth à un degré moindre que ne le fait le sérum typhique.

Enfin, nous avons publié des faits d'injections paratyphoïdiques : dans l'un, c'est la pyélo-néphrite qui est la lésion la plus nette, mais elle s'accompagnait de bien des phénomènes indiquant une atteinte générale de l'organisme et donnant à la maladie une certaine ressemblance avec la fièvre typhoïde, notamment le météorisme, la diarrhée, le méléna, la courbature, la courbe thoracique.

Si nous avons préféré proposer les termes d'infections paratyphoïdiques et de bacilles paratyphiques à ceux de paracoli-bacilloses et paracoli-bacilles, c'est pour bien marquer que les infections peuvent présenter une analogie clinique avec la fièvre typhoïde et que leurs bacilles ressemblent de très près au bacille d'Eberth.

M. Widal. Je suis heureux que M. Achard ne diffère pas davantage de notre opinion et qu'il ne soit plus question ni de cause d'incertitude pour le diagnostic du bacille typhique et de celui de la psittacose par la réaction agglutinante, ni pour le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. L'étude des sérums ne supprime naturellement pas l'étude des autres caractères pouvant servir à la différenciation des bacilles. Ce n'est qu'un caractère de plus et nous nous sommes toujours efforcés, M. Chantemesse et moi, d'essayer de multiplier les caractères distinctifs du bacille typhique et des variétés de colibacille.

M. Chantemesse. Il résulte de cette discussion que la réaction de Widal subsiste entière dans la pratique.

Insuffisance aortique par rupture valvulaire chez un bicycliste. — M. P. E. Launois. Le surmenage par efforts énergiques et répétés peut agir sur le cœur de différentes manières : tantôt, plus particulièrement chez les sujets obèses ou âgés, on observe des lésions diverses et plus ou moins intenses du myocarde ; tantôt, surtout chez les jeunes, les valvules peuvent être seules intéressées. L'observation suivante, dont le sujet est un homme jeune et vigoureux ayant fait un usage abusif de la bicyclette, me paraît confirmer en tout point la seconde proposition que je viens d'émettre.

Très musclé, très vigoureux, habitué à tous les exercices physiques, X... commença, en 1882, à faire usage de la bicyclette et ne tarda pas à devenir grand amateur de ce genre de sport. En Juillet 1893, partant le matin de Paris, il allait déjeuner à Rouen et rentrait chez lui pour dîner.

Vers la fin du mois de Décembre de la même année, se promenant un soir, X... entend un bruit particulier, complètement inconnu de lui, et qui lui semble occasionné par les battements du cœur contre les vêtements. L'apparition de ce bruit ne s'accompagna d'aucun malaise, d'aucune douleur, ni d'aucun trouble fonctionnel. Depuis cinq à six mois, X... est sujet à des épistaxis peu abondantes qui se répètent périodiquement par la narine gauche et durent trois à quatre jours. L'apparition de ce symptôme l'a décidé à venir demander conseil à la consultation de l'Hôpital Beaujon, où on observe chez le malade les signes classiques d'une insuffisance aortique. Mais en raison même des caractères que revêt le souffle diastolique, en raison surtout de son timbre musical aigu, nous croyons pouvoir dire qu'il est dû à une vibration des lambeaux d'une des valves de l'aorte sous l'influence de l'ondée sanguine en retour, et conclure que l'insuffisance est occasionnée par une déchirure ou une rupture d'une des valves qui assurent l'oblitération de l'orifice aortique.

Quant à la pathogénie de cette rupture valvulaire, ne trouvant aucune cause antérieure d'altération de l'endocarde (ni rhumatisme, ni maladie infectieuse, ni syphilis), éliminant aussi l'influence qu'aurait pu avoir une très bénigne infection palustre, je crois devoir la rechercher et la trouver dans le surmenage auquel X... a soumis son cœur pendant les courses qu'il fit en bicyclette. Je ferai toutefois remarquer que la rupture valvulaire ne s'est accompagnée d'aucun symptôme dramatique, qu'il n'y a eu ni douleur précordiale, ni tendance à la syncope, et que c'est seulement cinq mois après le surmenage cardiaque que l'affection s'est caractérisée par le bruit de souffle qui n'a pas disparu depuis cette époque. On peut supposer, d'ailleurs, que l'altération valvulaire s'est faite progressivement et qu'une simple fissuration d'une valvule a abouti ultérieurement à une déchirure complète. Quant à l'absence de toute manifestation symptomatique, elle est expliquée par l'excellent état du muscle cardiaque.

M. Moutard-Martin. Je viens d'examiner le malade de M. Launois, et j'ai été frappé de l'existence d'un symptôme sur lequel je désire attirer l'attention. Cet homme présente à un haut degré l'impulsion très marquée des artères collatérales des doigts que j'ai désigné sous le nom de *pouls radiculaire*. Ce pouls radiculaire n'existe que dans l'insuffisance aortique, c'est un symptôme constant et pathognomonique.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

4 Décembre 1896.

Gliome. — M. Théoari montre des préparations microscopiques d'une tumeur présentée à la séance précédente. Elle est formée d'une masse fondamentale granuleuse avec quelques fins prolongements formant un tissu réticulé, au milieu duquel on voit des disséminés. Elle offre l'aspect des gliomes.

Cirrhose hypertrophique pigmentaire lique — M. Letulle rapporte l'observation d'un alcoolique avéré, observé pendant trois anné son service de Saint-Antoine. La mort survint p tolie chronique. Le foie était cliniquement hyper le malade n'était pas diabétique. A l'autopsie, o un gros foie cirrhotique pigmenté. Tous les excepté l'œil et la glande pinéale, furent exan point de vue teneur en pigment. Le foie, lé p le cœur contiennent une grande quantité de ferrugineux.

Certains organes comme le rein, la rate en cont mais en quantité peu considérable. Les toiles diennes, les plexus choroïdes, les ganglions lymph le canal thoracique, les capsules surrénales, les salivaires, la peau et ses glandes en contienn organes qui, normalement, contiennent des pigmentées, comme le corps muqueux de Ma la capsule surrénale, présentent du pigment neux, mais en dehors des points où siègent les pigmentées normales.

Le tissu musculaire strié, à l'exception du n ne présente pas de pigment. Les fibres mus lisses des vaisseaux présentent une dégéné pigmentaire, mais n'offrant pas les réactions du

Coronarite oblitérante; infarctus du my — MM. de Gennes et Griffon. Nous avons fait l'autopsie d'un homme de soixante-dix ans séjourné une semaine à Necker et est mort phénomènes asystoliques.

Nous avons trouvé la paroi du ventricule presque complètement transformée en tissu fi niveau de la portion de la paroi antérieure qui la pointe. Le myocarde est seulement repré une bande musculaire coiffant la plaque sclére face externe. La lésion se prolonge dans la par rieure de la cloison interventricule. Un caillot c repose sur sa surface interne.

Il s'agit d'un infarctus du myocarde, prem de l'anévrysme cardiaque.

Il est facile de voir que l'artère coronaire an dont le territoire lésé tient son irrigation, est tout près de son origine à l'aorte. Les coupes e de centimètre en centimètre, que nous avo tiquées montrent bien que le calibre de l'ar tout à fait obstrué en un point limité, et seulem nué dans le reste du trajet du vaisseau.

On note, en outre, les lésions habituelles de l'a hydrothorax, hydropéricarde, foie nettemen cade, etc. Les reins sont très atrophiés et gr l'aorte, respectée au niveau de son origine, dans le reste de son parcours des pustules d'a et des plaques calcaires qui complètent le tabl térite chronique généralisée.

Acromégalie. — M. Regnault montre une musée de Clamart inscrite sous le diagnostic multiples avec déformations. C'est un type de d'acromégalique. La selle turique est très évasé du crâne sont très hypertrophiés. Le maxillaire déborde le supérieur de 3 centimètres environ. du squelette, surtout les extrémités, sont énorm

Soudures osseuses dans le mal de M. Regnault montre que, dans le mal de Pott, l vertébrales et les tubercules apophysaires ont t à se souder spontanément. Ce fait a une import point de vue de la chirurgie rachidienne dans de Pott.

Mal de Pott. — M. Pamard communique l'o tion d'un malade soigné pour un abcès de la rénale; ce malade marchait normalement. Il m cachexie, et, à l'autopsie, on trouva les 9 dernié tèbres dorsales complètement cariées. Pas de lé canal médullaire.

Corps dits amylacés du poumon. — M présente des coupes de poumon provenant d'une typhoïdique, morte vers le douzième jour de sa Outre de la congestion, de la sclérose et de sème, on trouve dans ce poumon une lésion très c signalée pour la première fois par Friedreich, étudiée ensuite par Langhans, Jargens, Zahn, H. Kohn ; ce sont des grains « dits amylacés » volumineux, ronds ou ovalaires, situés dans les ces corpuscules ressemblent aux grains d'ami certaines plantes. Ils présentent souvent à leur cen particule de charbon ou une portion moins colo dans leur susbtance, des stries concentriques et de radiaires, leur donnant un aspect chatoyant. sont constitués par des masses arrondies avec ties plus foncées. On trouve à la surface de ces quelques noyaux aplatis. Enfin, quelques-uns son chés à la paroi alvéolaire par un pédicule plus o dégénéré.

L'étude attentive des rapports de ces formatio les parois des alvéoles voisins permet de comp leur genèse de la façon suivante : une partie d'un alvéolaire a dégénéré ; les fibres élastiques rom sont rétractées, entraînant la portion altérée ; p de cette rétraction, la portion dégénérée s'est e autour de son pédicule, lui-même altéré, d'où la tion des stries concentriques et l'augmenta

du petit corps ; puis le pédicule se rompt et amylacé est mis en liberté ; bientôt il se fen- peut-être, finit-il par disparaître. La production petits corps est donc intimement liée à celle de sème ; Jargens, Zahm, Siegert avaient déjà la fréquente coïncidence de ces deux lésions, pendant les rattacher par un lien de cause à

ce qui est de la nature de ces productions, dans lu moins, elles ne présentent pas les réaction tances amylacées, ni celles de l'amyloïde ; pas ation spéciale par l'iode, ni par l'action succes- iode et de l'acide sulfurique, ni par le violet de . Le carmin d'alun associé soit à l'éosine, soit à picriqué, soit au picrocarmin, les colorent par- t. Les corps « dits amylacés » sont donc pro- ut constitués par des substances albuminoïdes, de dégénérescence cellulaire.

s métastatiques du cœur. — **MM. Crouzon** et muniquent l'observation d'un individu, atteint de -pneumonie, qui présente des abcès métasta- ans le rein droit et dans le myocarde. L'abcès était sous-péricardique et se prolongeait en plein myocarde. Les cultures ont décelé la présence ylocoque.

ure de l'omoplate. — **M. Morestin** montre ture longitudinale incomplète de l'omoplate.

alies nerveuses. — **M. Morestin** montre des ralentis à l'innervation de la face dorsale de la des doigts.

se hépatique. Oblitération du cholédoque. on secondaire. — **M. Vermorel** présente une rovenant du service de M. Cornil. A la suite olique hépatique récente, un ictère permanent tabli : après huit ou dix jours, la fièvre s'alluma, alade succomba vingt jours après le début des s. On trouve un gros foie jaune, une vésicule tée remplie de calculs, un canal cholédoque du d'un pouce, bourré, de son origine à sa termi- de gros calculs, dont l'un fait saillie dans l'in- ar suite d'une infection récente, il y a angiocho- urée, qui remonte presque dans les ramuscules es.

oule de Vater est détruite, et, au niveau de ement du cholédoque dans l'intestin, on remarque e ouverture ulcérée, fermée, en partie, par un De plus, par le cathétérisme, on trouve une ulcé- ortant sur le canal hépatique avant son entrée foie, et ayant amené une péritonite suppurée e.

R. MARIE.

É DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

5 Novembre 1866.

rage au gaz acétylène. — **M. Ducor** pré- ne lampe portative à l'acétylène, qui est sans et donne une lumière fixe pendant plusieurs

atocèle péri-utérine. — **M. Reynier** montre es provenant d'une laparotomie faite par lui e hématocèle péri-utérine due à une grossesse érine. L'opération a démontré qu'il aurait été ble d'obtenir un résultat complet par la voie , car le sang épanché fusait au milieu des mas- stinales et on n'aurait pas pu exciser la masse par l'ovaire et la trompe qui contenait le pla-

omycose circonscrite du maxillaire supé- — **M. Ducor** ayant eu l'occasion d'étudier l'acti- se chez les bovidés, a pu, par analogie, diag- r une forme rare de cette maladie chez une qui depuis neuf ans, était examinée par les les plus éminents sans que la nature véritable ction fût reconnue. Agée de quarante-deux ans, la malade, alors en pleine santé, fut prise de siégeant en arrière de l'angle inférieur de la e, suivies de tuméfaction parotidienne et tempo- sentant le volume d'une grosse noix avec tris- crut à des oreillons, puis à un abcès, ensuite cidents de la dent de sagesse, enfin, à un kyste ; s opérations furent faites. Les douleurs devin- oces, la tumeur augmenta très rapidement de le diagnostic sarcome parut s'imposer à tous. , la suppuration s'établit ; par intervalles, des agies en nappe se produisaient, difficiles à arrê- muqueuse gingivale était criblée de petites ouver- stuleuses par lesquelles s'écoulait un liquide urulent. En 1895, la situation de la malade faisait une mort prochaine (vomissements, délire, tc.) ; c'est à ce moment que M. Ducor pensa à la ité d'une actinomycose. Dans les liquides glai- échappant de la tumeur on constata, à plusieurs , la présence de quelques petits corps colorés en en roux ; M. Nocard y trouva des actinomycè- qui établit le diagnostic. La médication iodurée ps poursuivie, donna d'excellents résultats ; c'est ique de la maladie. La consistance de la tumeur ifia à ce point qu'on ne put plus croire à un , mais à une tumeur polykystique. Ponction des évacuation du liquide et injections iodées. La est en bonne voie de guérison et M. Ducor se de n'avoir pas cédé aux conseils des chirurgiens qui voulaient réséquer le maxillaire, opération à laquelle sa malade n'aurait sans doute pas résisté, en raison de son mauvais état général d'alors.

19 Novembre 1896.

Actinomycose. — **M. Weber** confirme les idées émises par M. Ducor, dans la précédente séance, au sujet du traitement par l'iodure de potassium. Chez les bovidés, l'actinomycose ne guérit qu'après l'administration, souvent très longue, de médicaments ; elle peut récidiver quand on en cesse l'emploi. Les animaux atteints supportent très bien l'iodure, alors que l'iodisme se manifeste rapidement chez ceux qui sont sains (au bout de dix jours avec 10 grammes par jour).

Analyse d'un liquide pleurétique. — **M. Noiry.** Le malade dont provenait le liquide avait un épanchement dans la plèvre droite concomitant avec une ascite chronique due à une tumeur de mauvaise nature du foie ; il était diabétique. L'auteur y a trouvé des peptones. Il conclut que, dans l'hydrothorax, la densité est inférieure à 1,018, que le poids des matières organiques ne semble pas devoir s'élever au-dessus de 40 grammes par litre, que la présence des peptones est caractéristique de l'hydrothorax. On peut comparer le liquide au sérum sanguin dans lequel on ne trouve de peptones que lorsqu'il y a dans l'économie un foyer de pus ou des néoplasies (A. Gauthier).

M. Gautrelet demande si l'on a bien différencié la réaction des peptones d'avec celle de la pyine.

M. Voiry répond affirmativement.

M. Deroche, dont le malade était le client, donne des détails cliniques sur son cas ; il s'agissait d'un cancer.

De l'appendicite. — **M. Reynier** désire mettre à l'ordre du jour de la Société cette question du traitement de l'appendicite qui laisse les médecins si hésitants parce que certains cas guérissent sans intervention, et que, d'autre part, les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le moment le plus favorable à l'opération, ni sur la nature de l'opération. Oui, l'appendicite peut guérir spontanément, mais toute appendicite peut amener la perforation qui est presque toujours mortelle et donne lieu à des lymphangites avec extension, suivant des variétés dépendant de la nature des microbes (streptocoque, bacille-coli, bacille de Koch, etc.) et suivant la position de l'appendice. La suppuration est la règle (41 fois sur 42 opérations, l'auteur a trouvé du pus). Quand l'abcès s'ouvre dans le cœcum, la guérison se fait spontanément ; si le pus s'enkyste, il perd de sa virulence, mais il donne lieu à des poussées consécutives (comme dans les salpingites). Aucun signe du début ne permet de pronostiquer si une salpingite guérira ou non spontanément ; aussi faut-il opérer. D'après son expérience, M. Reynier intervient, *quand c'est possible*, le cinquième ou sixième jour, quand les phénomènes généraux de réaction péritonéale du début sont apaisés, que le cœur a repris son énergie. En attendant, pas de purgatifs ; glace sur le ventre, injections de caféine. La première opération consiste à donner issue au pus, qui peut être collecté fort loin de la fosse iliaque droite, et à drainer. La situation de l'abcès dépend de la position de l'appendice, le pus se formant à sa pointe. C'est seulement plus tard, à froid, qu'on fera l'excision de l'appendice.

3 Décembre 1896.

Du traitement de l'appendicite. — **M. Beurnier** estime que les prétendus cas d'appendicite guéris sans intervention sont souvent des cas de typhlite, la plupart du temps stercorale ; cependant, il ne nie pas la guérison d'appendicites vraies ; mais, comme de nouvelles poussées sont à prévoir, son opinion est qu'il faut toujours opérer. Quand faut-il intervenir ? Il faut distinguer l'appendicite chez les enfants et chez les adultes. Chez les adultes, quand le début a lieu comme d'habitude, il se fait autour de l'appendice une sorte de coque de fausses membranes qui protège le péritoine de la cavité abdominale contre l'extension de l'inflammation et l'infiltration du pus. Chez les enfants, l'appendice reste souvent libre, capable de donner lieu à une péritonite généralisée. Il faut donc opérer rapidement les enfants (dans les vingt-quatre heures) ; quant aux adultes, à part les cas de péritonite généralisée rapide où l'opération est la seule chance de salut, il vaut mieux attendre la fin de la période du début (troisième, quatrième, cinquième jour).

Technique opératoire. — Si, après incision, la collection ne s'ouvre pas aisément, ne pas fouiller trop au milieu des fausses membranes, de peur d'infection. Mèche de gaze iodoformée. N'enlever l'appendice que s'il se présente facilement ; sinon remettre l'ablation à plus tard.

Statistique : 27 adultes opérés ; 2 morts (opérés dès le début pour péritonite généralisée) ; 25 guéris (opérés quelques jours après début).

Sur une forme d'appendicite à répétition, chez les enfants, ne se manifestant que par des crises de vomissements. — **M. Carron de la Carrière** a observé, chez quatre enfants, des crises qui évoluent ainsi : un enfant est pris brusquement de vomissements, le plus souvent, à son réveil. Examiné peu d'heures après, on le trouve vomissant un liquide analogue à la salive ; il ne peut rien conserver. Pas de coliques, aucune douleur, pas de malaise au ventre ; on peut palper sans causer de douleur, pas de ballonnement, température normale. Quinze à vingt-quatre vomissements dans les douze heures, puis ils s'espacent. La crise entière dure de un à quatre jours. Pendant toute leur durée, rien d'abdominal, pas de fièvre ; seulement, tendance au sommeil. L'auteur, songeant à la possibilité d'une appendicite, a pu provoquer une douleur vive au point de Mac Burney et a senti l'appendice rouler sous le doigt. Ces petits malades avaient des troubles plus ou moins accentués, mais permanents et anciens des fonctions intestinales (entre autres colite mucomembraneuse). La *colique* appendiculaire (Talamon) est plus justement dénommée *crise* appendiculaire (Dieulafoy) puisque la douleur peut manquer.

Résultats des revaccinations, en 1895 et 1896, dans les écoles de Saint-Ouen et du XVII^e^ arrondissement. — **M. J. Jasiewicz** trouve dans les chiffres de la statistique la confirmation des idées qu'il défend depuis longtemps sur la prophylaxie *générale* de la vaccine.

A. DE CRÉSANTIGNES.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. — 64^e^ CONGRÈS

On sait quelle place tiennent, en Angleterre, les services d'hygiène et de médecine publiques, aussi les travaux de cette section tiennent-ils une grande place dans le Congrès.

Les orateurs reviennent, à plusieurs reprises, sur l'importance des services sanitaires publics et sur les rapports entre ces services et les médecins praticiens.

Santé publique. — **M. Nysmuth** rappelle les services que rendait déjà le corps des médecins sanitaires, alors que celui-ci ne recevait encore aucun encouragement ni de l'état ni du public. Il rappelle Jenner qui, dans le meilleur des laboratoires, celui de la nature, a été l'initiateur de la médecine expérimentale et de la médecine prophylactique. Son mérite et celui de ses continuateurs a été d'autant plus grand, qu'ils n'étaient nullement secondés par le public dont dépend cependant, en si grande partie, le succès du genre de travaux qu'ils avaient entrepris. Le couronnement de leurs efforts fut la réunion du premier conseil de salubrité en 1848.

Depuis, les services sanitaires anglais on fait de grands progrès ; mais ils n'atteindront leur parfait développement que lorsque les individus et les sociétés comprendront de telle sorte les bienfaits de la médecine préventive qu'ils obéiront aux lois sanitaires volontairement, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'action « draconienne » des officiers de salubrité.

L'Etat prouva qu'il commençait à s'émouvoir de ces questions, en créant pour l'armée et la marine une école de médecine où l'on enseigna spécialement l'hygiène.

Les médecins sanitaires doivent être chargés d'un district suffisamment vaste ; ils doivent être assurés d'y rester un temps qui leur permette d'établir les mesures nouvelles et d'en observer le fonctionnement ; enfin, ils ne doivent pas s'adonner à la pratique de la médecine, et cela pour deux raisons : la première, c'est que des difficultés pourraient ainsi s'élever entre eux et leurs confrères ; la seconde, c'est qu'ils ont besoin de tout leur temps pour étudier les questions de salubrité publique et faire observer les règlements.

L'innovation la plus importante qui ait, ces derniers temps, été faite dans le domaine de l'hygiène consiste, à l'avis de M. James Adam Dick, dans la déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Il a voulu l'importer à Sydney. La réforme a échoué par la mauvaise volonté et des médecins et des malades. Il n'y a là évidemment qu'un incident local : tout à côté, dans le Michigan, la réforme avait été parfaitement accueillie.

On s'occupe ensuite de la saisie des viandes contaminées et des réclamations des bouchers à ce sujet. D'une part, la saisie de la viande s'impose ; d'autre part, il serait injuste de faire perdre le prix du bétail au seul boucher. Il est à désirer qu'une législation nouvelle intervienne.

Pathogénie du cancer. — **M. Williams** signale l'augmentation continue des maladies cancéreuses. D'après les statistiques, ces décès auraient plus que quadruplé de 1840 à 1894 ; si cet état de choses n'est pas enrayé, avant peu, le cancer sera le mal le plus meurtrier de la société moderne.

Il fait remarquer que les accroissements du cancer coïncident avec la diminution de la phtisie et des autres maladies tuberculeuses. Il semble très probable, d'après les antécédents de famille observés chez les malades, que beaucoup d'entre eux n'ont échappé aux risques de la phtisie que pour être atteints de cancer ou de folie. C'est parmi les sujets sauvés de la phtisie par les bonnes conditions hygiéniques générales actuelles et parmi leurs descendants que se recrute la trop nombreuse armée des cancéreux. On rapporte à ce propos un curieux paradoxe : « l'augmentation de la mortalité par le cancer indique de bonnes conditions sanitaires ». Cela est juste, si l'on considère comme bonne condition sanitaire une nourriture trop substantielle. En effet, l'absorption d'une grande quantité de viande de boucherie prédispose au développement du cancer.

Parmi les autres causes de cette maladie, Williams cite le manque d'exercice en plein air.

M. Groves voudrait que l'on examinât la question au point de vue de la localité ; il a été officier de salubrité dans une île où le cancer était très fréquent, malgré la

vie en plein air des habitants. Ils faisaient plutôt usage de viande de porc que de viande de boucherie. Il est digne de remarque que nombre de tuberculeux s'étaient jadis installés dans cette île et mêlés à la population indigène.

M. Thresh a examiné soigneusement les statistiques du cancer dans le comté d'Essex, spécialement pour vérifier l'exactitude de l'opinion de M. Longstaff, qui a reconnu le cancer plus fréquent dans les vallées que dans les localités élevées.

M. Paget considère un certain nombre de cancers comme héréditaires, quoiqu'il accuse une vie trop hâtive et surchargée d'y prédisposer.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. James Niven insiste sur les mesures prophylactiques les plus efficaces contre la transmission de la tuberculose : interdiction de cracher sur le sol, grand air, vie réglée. On devrait distribuer de temps en temps, chez les particuliers, une liste des principales mesures à prendre pour éviter la maladie. On devrait ouvrir une enquête sur la façon dont les malades ont contracté la tuberculose.

L'examen bactériologique doit être fait du lait des vaches suspectes, des viandes.

La méthode de désinfection par le gaz acide sulfureux employée en Angleterre étant battue en brèche et fréquemment signalée comme inefficace et peu scientifique, M. Henry Kenwood entreprend de la défendre.

Est-il vrai que le SO produit par la combustion de 1 l. b. de soufre dans un espace de 1000 pieds cubes (37 m. q.) est insuffisant pour tuer les organismes spécifiques des maladies infectieuses? C'est ce qu'il faut examiner.

En 1895, parmi une population de 254.000 habitants, comprise dans six districts de Londres et de ses environs, l'acide sulfureux fut le seul désinfectant employé. Si l'on attribue à une désinfection imparfaite les quelques cas de scarlatine et de diphtérie qui éclatèrent dans les mêmes lieux après quarante jours de fumigation, il faut reconnaître que le nombre de ces cas fut très restreint (4 pour 100).

Il est toutefois entendu que l'acide sulfureux, ainsi que les procédés employés par les Français et les Allemands, ne désinfecte sûrement que les murs, le plafond, le sol des pièces; la literie, les vêtements, les tapis et les rideaux doivent être déplacés et désinfectés à la vapeur.

Quant à présent, cette méthode de désinfection avec l'acide sulfureux comprend deux opérations : la première consiste à charger l'atmosphère pendant six ou huit heures d'environ 1 pour 100 de gaz anhydride sulfureux, en y brûlant 1 l. b. de soufre par 1000 pieds cubes (37 m. q. d'air). La seconde opération — et elle est très importante — consiste en l'aération complète de la pièce. Sans doute, si on peut citer des résultats contraires, c'est que quelque microorganisme, protégé par les plis d'une tenture, avait échappé à l'action de l'acide sulfureux. Pour ce qui est de la résistance des spores à l'acide sulfureux, qu'importe en pratique? Est-ce par des spores que se transmet la scarlatine, par exemple?

Le résultat des expériences auxquelles s'est livré M. Kenwood prouve clairement l'efficacité de l'emploi du gaz sulfureux, tel qu'il se pratique en Aegleterre.

Il rappelle, en quelques mots, la méthode française officielle, qui consiste à vaporiser sur les murs, le plancher, etc., une solution de bichlorure de mercure; l'opération ne dure qu'une heure.

En Allemagne, on frotte les murs avec du pain cuit depuis quarante-huit heures, coupé en grands morceaux carrés, que l'on peut tenir solidement du côté de la croûte; les miettes ayant été balayées et brûlées, les murs sont arrosés avec une faible solution de CS^2, et les planchers, ainsi que les meubles sont lavés avec la même solution. Ces deux méthodes semblent efficaces; mais l'auteur du mémoire leur préfère la vieille méthode anglaise, parce que l'opération, bien que plus longue, ne peut être mal faite ni manquée; avec les bâtons de soufre et les tubes de SO liquide, on est sûr que la quantité voulue de soufre a été employée; le succès ne dépend pas ainsi seulement, comme dans la méthode française, de l'attention et de la conscience d'un seul homme; l'autre avantage, c'est qu'on ne peut matériellement pas habiter de nouveau la pièce désinfectée, avant qu'elle n'ait été préalablement inondée d'air pur.

Transmission de la fièvre typhoïde. — M. Charles Cameron rapporte l'histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde occasionnée par du lait infecté.

En Mai 1896, les deux filles du propriétaire d'une laiterie de Meath-Street furent atteintes de fièvre typhoïde. Cameron visita les lieux, fit emmener les enfants malades, et détruire le lait de la boutique.

Une enquête lui apprit que ce lait était vendu sur le comptoir à de pauvres gens, dont on ne s'était pas préoccupé; poursuivant l'enquête, il constata que 40 personnes se fournissant de lait à cette laiterie étaient atteintes de fièvre typhoïde; les vaches paissant dehors, l'eau de la laiterie étant reconnue pure, le lait n'avait pu être infecté qu'en absorbant les exhalaisons des déjections des malades, tandis qu'on les descendait pour les jeter dans les water-closets. La porte du passage, presque toujours ouverte, donnait accès dans une pièce où étaient placés les vases de lait, à quatre ou cinq pieds de cette porte; il est d'autant plus probable que l'infection se produisait pendant ce transport, que la femme qui soignait les enfants n'allait jamais dans la laiterie.

Pour corroborer son opinion, sir Cameron plaça quelques déjections typhoïdes près d'un vase de lait préalablement stérilisé, et, dix minutes après, une analyse prouva que le lait était infecté de bacilles typhiques.

Le propriétaire de la boutique fut poursuivi et condamné pour avoir négligé de déclarer la maladie de ses enfants.

Contagion diphtérique. — M. Gordon Sharp a porté son attention sur le sol et la diphtérie. Si cette vue est abandonnée aujourd'hui, elle n'est pas nouvelle. Nola (cité par Bretonneau dans ses essais sur la diphtérie), qui écrivait, en 1620, parle d'une maladie causée par les exhalaisons du sol à la suite du tremblement de terre de 1616 et qui paraît n'être autre que la diphtérie.

De nos jours M. Adams[1] dit que « le microorganisme de la diphtérie habite les sols corrompus par les matières organiques et est susceptible de déplacement dans les couches de l'atmosphère ». Plugge nie la transmission aérienne de la diphtérie, pour cette raison, que les bacilles ne pourraient pas résister au degré de dessiccation nécessaire à leur dispersion dans l'atmosphère. Si Roux et Yersin, ainsi que Pernice et Scagliosi, ont expérimenté la contagion par des fausses membranes pulvérisées, on peut reprocher à ces expériences d'être insuffisantes. Carlo Reyes estime bien plutôt que la salive, le mucus, les divers liquides sont les agents de transmission. En saturant des morceaux de linge, de coton, de soie, de papier, du sable avec une émulsion de culture très virulente, en laissant sécher, puis en exposant à divers agents physiques et chimiques, il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans un air absolument et chimiquement sec, les bacilles de Löffler meurent en quelques heures, quarante-huit au plus;

2° La lumière a généralement peu d'influence;

3° Dans d'autres conditions, les bacilles conservent leur vitalité sur la soie et le papier pendant quelques jours dans l'air sec, et environ une semaine dans l'air humide.

4° Dans la terre humide, les microbes sont encore vivants après cent vingt jours, ce qui peut faire croire à la possibilité de leur existence permanente et de leur reproduction dans un sol chargé de matières organiques nutritives pour le bacille.

M. Gordon Sharp s'est procuré des échantillons de différent sols d'Angleterre et d'Ecosse, tirés de contrées qu'il connaissait d'une façon pratique au point de vue sanitaire, et il fit subir à ces échantillons différents examens:

1° Quant au tant pour cent d'humidité qu'ils conservent;

2° Quant à la somme d'humidité qu'un échantillon séché au bain-marie peut absorber en vingt-qnatre heures, soumis à une température normale;

3° Quant à leur aptitude à conserver l'humidité;

4° Tant pour cent d'air contenu dans le sol;

5° Quantité des matières organiques déterminées par l'incinération;

6° Substances solubles dans l'eau;

7° Substances solubles dans l'acide chlorhydrique;

8° Culture sur gélatine.

Les échantillons de terre avaient tous été prélevés pendant une période de sécheresse et pris loin des habitations. L'auteur donne une analyse détaillée des différents sols et leur historique comparé au point de vue des cas de diphtérie qui s'y sont produits. Dans un district peu peuplé d'Inverness-Shire, par exemple, où la diphtérie fait des apparitions inattendues dans des maisons isolées, on trouve un sol marécageux, tourbeux, l'humus à 1 m. 75 de profondeur; aucun drainage artificiel n'y a été pratiqué; des épidémies de fièvre scarlatine ont plusieurs fois éclaté dans ces parages.

L'analyse de ce sol y a fait trouver de l'eau en grande proportion, encore plus de matières organiques, et une très petite quantité d'air.

Dans le district voisin, la scarlatine a parfois sévi, mais jamais la diphtérie. Les habitants y ont les mêmes conditions de vie; le pays est très boisé, le sol contenant en grande quantité des souches et des racines de pin est très chargé de matières organiques mais cependant moitié moins que le sol précédemment examiné; il n'est ni tourbeux, ni marécageux; l'analyse démontre qu'il contient trois fois plus d'air que le précédent; enfin le sous-sol est perméable.

A Ballindalloch, Glendiret et Tomintoul, villages très peuplés de la Grande-Bretagne, la diphtérie, il y a vingt-cinq ans, exerçait de terribles ravages; le district est très froid, couvert de pins, la tourbe y abonde, le sol, riche en fer et en magnésie, ne contient que très peu d'air, le sous-sol est très dur et étanche, et il n'y avait alors aucun système de drainage. Depuis ces derniers temps le fléau, sans avoir complètement disparu, a diminué d'intensité; on attribue cette amélioration à quelques drainages récemment effectués. Dans tous les cas, la culture a montré dans le sol incriminé la présence du bacille de Klebs.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° La diphtérie paraît à l'état endémique dans certains districts; les terrains chargés de matières organiques sont dangereux, mais la nature du sous-sol peut difier l'influence; un sous-sol perméable, sabl assainit le voisinage, tandis qu'un sous-sol impe peut, en certaines saisons, favoriser à la surface pagation des bacilles;

2° Les territoires autrefois ravagés par des ép de diphtérie sont assainis en partie depuis que fonds drainages ont été pratiqués;

3° La présence d'une grande proportion d'air couche supérieure du sol paraît être une garanti cuité.

A. Cav

1. *British medical Journal*, 1891.

QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL
D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉO
Tenu à Clermont-Ferrand du 28 Septembre au 2 Octobre 1896.

Le Congrès international d'hydrologie, climato géologique s'est tenu à Clermont-Ferrand, le tembre dernier et était le 4e des Congrès d'hydrol premier a eu lieu en 1886, à Biarritz, sous la pré de M. Max Durand-Fardel, et avait brillamment le second s'est tenu à Paris, en 1889, perdu dans l des Congrès groupés pour l'Exposition univers troisième enfin, à Rome, en 1894, constituait une du grand Congrès médical.

Il nous a semblé que, cette année seulement, le C d'hydrologie avait repris la physionomie qui a son succès en 1886 : un Congrès *spécial* ne gagn être englobé dans les distractions d'une exposit dans les sections variées d'un meeting politico- fique, comme était le Congrès de Rome.

En outre, si l'on peut parler médecine généra chirurgie dans tout grand centre, où les hôpitaux écoles ne font pas défaut, le choix d'une localité priée est essentiel pour donner une sorte d'actua discussions hydrologiques. Les contrées à caractè logiques multiples, riches en stations thermales, tuent des sortes de cliniques hydro-minérales, voi-sinage est une attraction pour les médecins h gistes; s'il est sage de poser en principe que le grès ne pourront avoir lieu dans une station th afin d'éviter les compétitions inévitables en diverses stations, il n'en est pas moins vrai qu vent se tenir à portée de ces mêmes eaux mi dont la visite est une sorte d'illustration des co cation faites, et constitue une leçon pour les co sistes venus de loin, pour composer les établiss entre eux et se rendre compte des progrès réalis poursuivre.

A ce point de vue, Biarritz avec la chaîne de nées, Clermont-Ferrand avec les montagnes d'Au et les eaux du Bourbonnais, offraient des ava incomparables.

Dans les autres Congrès médicaux, les excursion nisées n'ont guère qu'un but de distraction pitto ou artistique; dans les Congrès d'hydrologie, ces sions font partie de l'objet lui-même du Cong comptent parmi les acquisitions scientifiques q participants sont venus chercher, et qu'ils ne sa trouver dans la lecture des comptes-rendus.

Le médecin hydrologue, en effet, a pour missi seulement de soigner les malades qui lui sont ad mais encore de veiller à l'entretien et au perfect ment scientifique des moyens thérapeutiques dont usage, c'est-à-dire des sources minérales et des sements où les eaux sont administrées.

Aussi, quoiqu'il soit de mode de proclamer l'in des Congrès (ce que pour notre part nous ne sa admettre), nous estimons que les Congrès d'hydr trouvent leur raison d'être dans cet enseign topique, ces leçons de choses, que rien ne saura placer.

Le Congrès de Clermont-Ferrand avait été soig ment préparé, et des questions devant faire l'ob rapports avaient été confiées à des savants disti qui en ont tiré des travaux intéressants dont nous donner un aperçu rapide.

La Section d'hydrologie avait à discuter six re de portées très différentes, touchant à l'hydrologie rale, à la législation, ou à l'exploitation elle-même

Sur la spécialisation des eaux minérale M. Max Durand-Fardel. La complexité des pri constituants des eaux minérales en rend la spéciali difficile à déterminer d'une façon exacte; on ne p faire qu'en tenant compte surtout des indicatio connues de la médication thermale auprès de te telle source ou groupe d'eaux minérales.

En réalité, voici comment doit être comprise représentation d'une station thermale, considérés ses applications thérapeutiques, ce qui est la toutes les études qui s'y rattachent :

1° La ou les spécialisations qui dominent ses ap tions thérapeutiques;

2° Les spécialisations secondaires qui, moins sives, n'en sont pas moins de nature à prendre un significative à ses actions;

3° Les actions communes qu'elle partage avec

de la médication thermale et qui marquent la
ue celle-ci occupe dans la thérapeutique générale,
les autres marquent la place que la station
dans la médication thermale.

on des eaux minérales sur la nutrition. —
ossier. Le rapporteur a fait un travail important
remarqué, qu'il a divisé en trois parties :
*mment doit-on étudier l'action des eaux minérales
nutrition ?* Théoriquement, cette étude devrait
ndre des données multiples établissant la formule
de tous les échanges intra-organiques ; pratique-
elle se réduit à l'analyse des urines, qui devra au
être faite aussi exactement et aussi complètement
ssible.
utrition du sujet devra être étudiée en dehors de
de l'eau minérale.
ns ce dernier cas, il faudra distinguer l'action
iate et l'action éloignée. La première comprend
s phénomènes qui se produisent pendant que le
t soumis à la cure ; elle est utile à connaître pour
isation même du traitement thermal.
conde, qui se produit après la cessation de la cure,
n laps de temps impossible à déterminer d'une
nvariable, est l'action vraiment caractéristique
x minérales, celle qui intéresse le médecin en
des stations, et permet de fixer avec plus de pré-
es indications des diverses eaux.
uelle est l'action des eaux minérales sur la nutri-
l est impossible, dans l'état actuel de la science,
er, même superficiellement, cette question.
echerches actuellement publiées sont trop peu
uses pour qu'il puisse en ressortir autre chose
conclusions de détail, utilisables pour la direc-
traitement thermal dans telle ou telle station
née, sans qu'on en puisse déduire encore une
érale.
*uelle est la cause de l'action des eaux minérales
nutrition ?*
le monde est d'accord sur ces deux points que :
e eau minérale, bue à la source, agit autrement
te eau minérale transportée ;
ndis que la composition chimique d'une eau mi-
transportée permet de prévoir son action, l'eau
a la source agit tout autrement que les corps
uement définis qu'elle renferme.
pporteur, pour interpréter ces faits, énumère les
tions proposées par les différents auteurs, et ne
que deux facteurs, la chaleur et la pression.
aque température correspond, dans une dissolu-
line, un état chimique particulier : une modifica-
la température entraîne une modification de la
ation, les éléments en présence restant les mêmes,
ur groupement étant différent.
ression joue également un rôle considérable dans
litution chimique de solutions chargées d'acide
que, ce qui est le cas pour beaucoup d'eaux mi-
.
l est très vraisemblable que deux solutions qui
ent les mêmes éléments, en même proportion,
fféremment groupés, n'ont pas sur l'organisme
ion identique.
aux minérales émergent à la surface du sol après
et souterrain pendant lequel elles ont subi des
ations notables dans leur thermalité et dans leur
n, et ces modifications deviennent énormes pour
inérale transportée.
chauffement artificiel ne saurait rendre à l'eau
e les propriétés initiales, en raison de ce qu'on
en chimie l'établissement de l'état d'équilibre :
ait pouvoir porter cette eau à nouveau à la tem-
e inconnue qu'elle avait dans la profondeur de la
la laisser refroidir dans des conditions identi-
celles qui ont présidé à son refroidissement na-

**slation des eaux minérales et police des
s sanitaires.** — **M. Bouloumié.** Son rapport
e successivement trois points principaux :
*oits et obligations réciproques de l'Etat et de la
d'une part, et des propriétaires de sources miné-
d'autre part.* Les lois et règlements en vigueur
nt répondre en grande partie aux différents
de protection des eaux et de garantie de la pro-
Cependant, il ne reste rien d'un contrôle médical
ent sur l'exploitation des eaux, et peut-être y
il lieu de confier officiellement à une commission
le, formée de tous les médecins exerçant dans
tion, les attributions autrefois confiées à l'ins-
.
ne sanction des obligations imposées aux pro-
es de sources, il n'existe actuellement que
priation ou le retrait d'autorisation : n'y aurait-il
d'adopter un terme moyen, qui serait l'obliga-
réaliser telles modifications qui seraient jugées
usables à la bonne exploitation par les autorités
iques et techniques compétentes ?
nominations des eaux minérales. — Il est fait
loi abusif de noms consacrés par une notoriété
e pour désigner tous les produits similaires ou
ais appartenant plus ou moins à la même région ;
esulte une duperie du public, préjudiciable aux
s. Il y aurait un moyen, qui serait d'imposer
strativement un nom à toute eau nouvelle sou-
l'arrêté d'autorisation.

3° *Police sanitaire des villes d'eaux.* Le rapporteur soumet au Congrès les conclusions suivantes :

a) Appeler l'attention du ministre compétent sur l'utilité particulière de rappeler aux préfets et aux maires leurs droits et leurs devoirs en matière d'hygiène publique, en les invitant à s'assurer que les villes présentent à un degré tout particulier le caractère de villes d'intérêt général, parmi lesquelles les stations sanitaires sont maintenues en bon état de salubrité. Poursuivre l'application sans réserve des mesures prises.

b) Réclamer des municipalités et des particuliers la mise en train des travaux urgents : ceux qui ont trait aux eaux de boisson, aux vidanges et à l'acquisition ou la construction de pavillons d'isolement, fixes ou démontables, pour les malades atteints de maladies transmissibles ; et ceux, enfin, qui ont trait à l'entretien des voies et à la surveillance des denrées alimentaires.

c) Prier le Conseil consultatif d'hygiène publique de prêter son appui au Congrès pour encourager les propriétaires d'établissements, hôtels, etc., à mettre et entretenir leurs immeubles dans de bonnes conditions hygiéniques (visite sanitaire, certificat et plaques de salubrité).

d) Enfin, répartir, au mieux des intérêts de tous, les charges qui résulteraient de ces mesures d'hygiène, en adoptant un impôt additionnel sur tous les commerçants qui bénéficient de la présence des étrangers et en établissant une taxe de séjour pour ces derniers.

Ces conclusions, renvoyées à une commission, sont jugées pour la plupart difficiles à formuler dès maintenant, sans études plus approfondies, en un vœu précis.

D'accord avec la section de géologie, cette commission fait adopter, dans la séance générale de clôture, le vœu suivant :

« Dans l'intérêt de la santé publique et de la protection des sources minérales, le Congrès demande que la législation des eaux minérales soit modifiée et codifiée, et que les données scientifiques servent de base pour l'établissement de la zone de protection nécessaire à chaque source.

Stérilisation et embouteillage des eaux minérales. — **M. Huguet.** Le rapporteur soumet au Congrès deux solutions :

A. Le commerce des eaux minérales embouteillées est libre et n'est soumis à aucun contrôle officiel.

B. Le commerce des eaux minérales embouteillées est soumis à l'autorisation, à la surveillance et au contrôle de l'État.

Si l'on agrée cette deuxième solution, il faut adopter les conclusions suivantes :

1° L'autorisation de vendre une eau minérale ne sera donnée qu'après enquête accompagnée :

a) D'analyse chimique de l'eau prise directement au griffon dans des conditions d'authenticité suffisante, et de l'eau prise au robinet d'embouteillage ;

b) D'analyse bactériologique constatant la stérilité parfaite.

2° L'eau minérale sera munie, lors de la mise en bouteilles, d'une étiquette indiquant la date du délai maximum pour la mise en vente ;

3° L'autorisation d'exploiter pourra être retirée si un certain nombre d'analyses fournissent de mauvais résultats au point de vue bactériologique ou chimique ;

4° A titre consultatif, les précautions suivantes sont indiquées :

Le plus sûr moyen d'éviter la contamination des eaux consiste :

a) Dans un bon captage ;

b) Dans la préservation du contact de l'air.

Les bouteilles lavées seront stérilisées (étuves à vapeur, acide sulfurique), mises le goulot en bas et portées enfin dans la pièce distincte servant à l'embouteillage, qui sera aussi proche que possible, et sans communication immédiate avec l'extérieur.

Là se trouveront des bouchons stérilisés (bisulfite de soude, acide sulfureux ou paraffine) ; les bouteilles seront lavées une dernière fois à l'eau stérilisée (appareil Géneste ou ébullition), remplies immédiatement et aussitôt bouchées (appareil Galante).

L'acide carbonique et les bicarbonates alcalins dans les eaux minérales. Leur rôle thérapeutique. — **M. Labat.** L'acide carbonique est le gaz le plus répandu dans les eaux dites minérales ; combiné avec la potasse, la soude, la lithine, il forme les bicarbonates alcalins.

Son origine doit être recherchée dans la constitution des roches granitiques des régions volcaniques.

Le rôle thérapeutique du gaz carbonique se résume en une action excitante sur le système périphérique et résolutive sur les viscères profonds, que, finalement, il décongestionne sans secousses, action surtout sensible sur le système abdominal.

Que doit-on entendre par cure thermale ? Rôle respectif de la médication thermale et des médications associées. Conclusions. — **M. Janicot.** 1° On entend par cure thermale l'application, pendant un temps variable, à une diathèse ou à ses manifestations locales, ou à une maladie chronique, des ressources spéciales d'une station, dans des conditions où elles peuvent rendre le plus de services aux malades.

2° Il résulte notamment de cette définition que les opérations chirurgicales ou, pour préciser davantage, les interventions nécessitant l'emploi d'instruments chirurgicaux, sont et doivent rester étrangères à une cure thermale. Les médecins d'eaux s'en abstiendront rigoureusement, le cas d'urgence excepté, s'ils n'y ont pas été autorisés expressément par les médecins ordinaires des malades.

3° L'emploi de médicaments pharmaceutiques agissant dans le même sens que l'eau minérale, et qui seraient destinés à en renforcer l'action est, en règle générale, contre-indiqué ; mais il n'en est pas de même des médicaments à action différente, pourvu qu'ils répondent à une action bien nette dérivée de la cure elle-même.

4° L'expression *médications accessoires* doit être entendue de façon différente, suivant les stations. La règle habituelle de conduite du médecin d'eaux sera de tâcher de suffire à toutes les indications par l'emploi exclusif de son eau (médication thermale) quitte à recourir sans hésitation, si besoin est, aux médications accessoires en usage dans la station.

Ce rapport entraîne une discussion où la généralité des assistants se prononce vivement contre la limitation trop étroite du rôle du médecin d'eaux. Certainement, il doit s'abstenir de faire, pendant la cure, des opérations, sinon d'urgence, ou d'entreprendre des traitements qui pourraient, avec plus de profit, être institués en dehors de la station et entre les cures. Mais, d'autre part, il est parfaitement justifié d'employer tel ou tel médicament qui lui semble devoir rendre la cure plus efficace, cela dans l'intérêt du malade, qui est seul en cause. Ce qu'il faut éviter, surtout, c'est de laisser prendre aux médications accessoires le pas sur la médication thermale propre à chaque station.

La question ne comportait pas, d'ailleurs, le développement déontologique que le rapporteur lui a donné.

Traitement hydrominéral de la chlorose et des anémies. — **M. Albert Robin.** Les indications sont déterminées par les données suivantes :

1° Examen du sang ;
2° Recherche des prédominances symptomatiques ;
3° Examen approfondi des causes de l'anémie ;
4° Etude des échanges organiques.

La chimie des échanges chez les chloro-anémiques permet de les diviser en trois classes :

La première, où la diminution des échanges azotés et l'amoindrissement de l'oxydation azotée, indiquent l'emploi des eaux à action contraire, telles que les eaux ferrugineuses, sulfureuses ou chlorurées sodiques.

La deuxième où les échanges et les oxydations azotées dépassent la normale, ressortissent des eaux arsenicales. La troisième, où les échanges sont normaux, mais où il existe des altérations particulières du plasma sanguin, sont justiciables des chlorurées bicarbonatées.

Des indications particulières, tirées des prédominances symptomatiques ou des complications, viennent s'ajouter aux précédentes :

La chlorose simple sera envoyée à une station ferrugineuse type. Les formes torpides, aux eaux sulfureuses et chlorurées sodiques.

Les formes dyspeptiques à insuffisance gastrique se trouveront bien dans beaucoup de stations bicarbonatées, tandis que les dyspeptiques à hypersthénie gastrique, hyperchlorhydrie, etc., tireront plus de bénéfices des pratiques balnéaires que d'eaux prises en boissons. La constipation indiquera les eaux laxatives et purgatives. Enfin, les complications prédominantes, telles que les manifestations utérines, nerveuses, l'albuminurie, etc., aussi bien que les causes des anémies secondaires, sont autant de sources d'indications spéciales dont il faudra tenir compte.

Vœux. — La séance de clôture a été consacrée au vote d'un certain nombre de vœux.

Le premier a été le suivant : *Création d'une chaire magistrale d'hydrologie à la Faculté de Clermont-Ferrand.* Ce vœu a été le résultat de l'étonnement exprimé par les délégués étrangers, qu'il n'existât pas en France d'enseignement officiel de l'Hydrologie : personne de nous n'a osé leur dire que non seulement il n'y avait pas dans nos Facultés un seul cours d'hydrologie, que les étudiants n'étaient pas interrogés sur cette branche de la thérapeutique, mais encore qu'il était fort mal vu de s'en occuper.

Plusieurs membres du Congrès ont émis l'opinion qu'il vaudrait mieux demander la création d'un enseignement hydrologique à la Faculté de Paris, qui confère le doctorat à un plus grand nombre de médecins, et dont les programmes sont généralement suivis dans les autres Facultés ; mais, ayant bien vite reconnu tout ce que ce vœu aurait de platonique, la majorité a pensé que, à l'imitation de Toulouse, Clermont-Ferrand pourrait, à moins de frais que Paris, instituer cet enseignement, exemple d'une intelligente décentralisation.

Les vœux concernant la législation des eaux minérales et les procédés d'embouteillages sont adoptés conformément aux conclusions des rapports.

Enfin, on vote également plusieurs vœux présentés par la section de climatologie.

Il a été décidé, dans la séance de clôture, que le prochain Congrès de climatologie et de géologie se tiendrait à Bruxelles, en 1898.

R. D. F.

L'Editeur-Gérant : GEORGES CARRÉ

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Élixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

DRAGÉES St-ANDRÉ MAYNIEL, Phen BOULOGNE-PARIS — Diathèse urique — GOUTTE. GRAVELLE. Rhumatisme chronique. Colique néphré
2 A 4 PAR JOUR.
Une Dragée contient : Carb. lithine 0.05, Benz. lithi Salicylithine 0.04, Colchicine 1/10 de mill. Une Dragé 0.50 d'acide urique p' transformer en urate soluble &li

APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
SOLUTION TITRÉE DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE
10 Gouttes de cette Solution représentent exactement 1 milligramme de Digitaline.
GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE (1 à 2 dans les 24 heures).
Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS.

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vit
de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;
Indiqué dans : NEURASTHÉNIE, PHOSPHA ALBUMINURIE. PHTISIE, ANÉMI Maladies des ENFANTS, CONVALESCENC
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PAR
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Phar

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau
SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.
..... *A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.*
Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, *et toutes Pharmacies.*

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centi grammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début de deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

LA PLUS NUTRITIVE — LA PLUS directement ASSIMILABLE
PEPTONE CORNÉLIS
SANS ODEUR
Très agréable au Goût — Blanche, Sèche, Soluble
Analyses du Professeur MARTENSON, de Saint-Pétersbourg; du Professeur Van T'HOFF, d'Amsterdam; du Professeur THEUNIS, de Louvain; de M. GIRARD, Directeur du Laboratoire Municipal de la Ville de Paris, etc.
Officiellement admise dans les Hôpitaux
La **PEPTONE CORNÉLIS** représente exactement 10 fois son poids de viande de bœuf, débarrassée des matières grasses et des parties tendineuses.
La **PEPTONE CORNÉLIS** est le produit le plus utile aux malades affaiblis et à tous ceux qui veulent se SURALIMENTER. C'est l'aliment par excellence des personnes qui digèrent mal ou qui ne peuvent digérer.
Dose : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour. — Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs.
ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS.
Dépôt Général : L. BRUNEAU, Pharmacien de 1re Classe, LILLE

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.